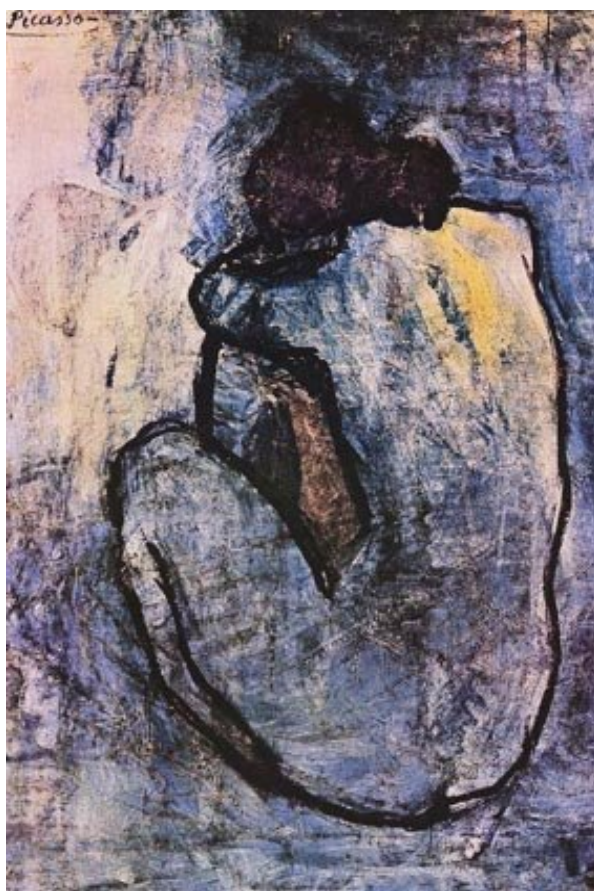


Risikofaktorer for depresjon hos kvinner i postpartum- perioden



Litteraturstudie av
stud.med. Ellen Hilde Julsrud, kull H-03

Prosjektoppgave i psykiatri
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo
2007/2008

Veileder Stein Opjordsmoen Ilner

Innhold

1.0 Abstract

2.0 Innledning

- 2.1 Introduksjon/bakgrunn for valg av oppgavetema
- 2.2 Oppgavens målsetning
- 2.3 Postpartum depresjon og andre psykiske forstyrrelser i postpartum-perioden

3.0 Metodebeskrivelse

4.0 Resultater

- 4.1 Psykopatologiske faktorer
 - Tidligere depresjon
 - Depresjon i svangerskapet
 - Annen tidligere psykopatologi
 - Psykiatrisk sykdom i familien
 - Personlighetstrekk
 - Angst i svangerskapet
 - ”Postpartum blues”
- 4.2 Sosiodemografiske faktorer
- 4.3 Reproduktivitetsfaktorer
- 4.4 Sosial (medmenneskelig) støtte
- 4.5 Samlivsproblemer
- 4.6 Livshendelser
- 4.7 Somatisk sykdom
- 4.8 Obstetriske faktorer
- 4.9 Forhold knyttet til barnet

5.0 Diskusjon

- 5.1 Psykopatologiske faktorer
- 5.2 Sosiodemografiske faktorer
- 5.3 Reproduktivitetsfaktorer
- 5.4 Sosial (medmenneskelig) støtte
- 5.5 Samlivsproblemer
- 5.6 Livshendelser
- 5.7 Somatisk sykdom
- 5.8 Obstetriske faktorer
- 5.9 Forhold knyttet til barnet
- 5.10 Tvillingmoren i innledningen
- 5.11 Aspekter og begrensninger ved studiene
- 5.12 Metodebegrensninger

6.0 Konklusjon

7.0 Litteraturliste

1.0 Abstract

Objective: The aim of this review was to identify the most important risk factors for postpartum depression.

Background: As a visiting student for three weeks in a Norwegian psychiatric hospital I met a deeply depressed mother who had given birth to twins a couple of months earlier. I instantly got inspired to learn more about postpartum depression and especially risk factors for this condition.

Method: Using the search terms “postpartum depression”, “risk factors”, “etiology” and “prevention” MEDLINE and PsycINFO databases were screened in order to find studies examining risk factors for postpartum depression. Studies that focused particularly on risk factors and/or prevention were chosen. The results from those articles that were judged to have the right focus were then critically assessed and organized in nine groups according to topic.

Results: The following nine groups of risk factors were identified; psychopathological factors, sociodemographic factors, reproductive factors, social support, relationship (especially to partner), life events, somatic illness, obstetric factors and circumstances related to the baby itself.

Conclusions: Psychopathological factors were found to be risk factors: past history of depression, depression during pregnancy, other previous psychopathology, anxious personality features, anxiety during pregnancy, “postpartum blues” as well as psychiatric illness in relatives. Other risk factors were low socioeconomic status, unplanned/unwanted pregnancy, pregnancy complications, poor social support, relationship problems and traumatic life events. The results showed that psychosocial risk factors were very important. Several other possible risk factors for postpartum depression were found, but further investigations are needed for replication and extension.

2.0 Innledning

2.1 Introduksjon/bakgrunn for valg av oppgavetema

For en tid tilbake var jeg i forbindelse med studiet utplassert tre uker på et psykiatrisk sykehus her i Norge. Der hospiterte jeg på en akuttpsykiatrisk post for voksne. Mange ulike psykiatriske diagnoser var representert blant pasientene på akuttposten, for eksempel depresjon, mani, psykose, schizofreni, personlighetsforstyrrelse, angstlidelse og tvangslidelse, hver for seg eller som en blandingstilstand. Blant alle pasientene jeg møtte var det en som fanget min nysgjerrighet spesielt. Pasienten var en kvinne i begynnelsen av 30-årene. Hun kom til akuttposten i følge med ektemannen og ønsket å legge seg inn frivillig. Kvinnen så sliten ut og virket svært nedstemt. Hun satt sammensunken i en stol med hendene knuget sammen i fanget. Det var tydelig at hun ikke hadde bra. Hun begynte med å fortelle at hun for et par måneder siden hadde født tvillinger, og at hun nå ikke orket å ta vare på dem lenger. Kvinnen fikk tårer i øynene, men utenom det var hun mimikkfattig og bevegelsene hennes var langsomme. Hun sa hun følte seg utslitt, at alt var et ork. Kvinnen stirret tomt ned i gulvet under hele innkomtsamtalen. Hun fortalte videre at beskjeden om at hun var gravid med tvillinger hadde kommet som et sjokk på henne. Fra før hadde hun og ektemannen en datter på nesten 2 år. Det føltes helt umulig å skulle ta vare på tvillinger, mer enn hun kunne make. Ektemannen og alle i familien rundt henne hadde vært glade for nyheten om tvillinger, men hun hadde ikke greid å føle den samme gleden. Hun hadde vært forberedt på at det var ett barn i magen, ikke to. To barn ville bli for mye å ta hånd om. Livet hadde jo vært så bra

tidligere, nå kom alt til å bli snudd på hodet, med til sammen tre barn i huset, i stedet for to. Hun ville ikke komme til å greie det. Gjennom hele svangerskapet gikk hun med disse tankene og følelsene inni seg. I tillegg ble det lite søvn i denne perioden. Tvillingene ble født noe for tidlig, og begge fikk kort tid etter fødselen en luftveisinfeksjon. Av den grunn ble oppholdet på sykehuset forlenget. Avslutningen på svangerskapet og starten på den nye tilværelsen ble derfor enda mer turbulent enn hun var forberedt på. I tillegg ble det mange runder med amming i døgnet med to babyer som ofte ikke var sultne samtidig. Det føltes svært belastende, og hun fikk lite tid til å slappe av og sove.

Etter hvert fikk de alle endelig reise hjem fra sykehuset. Hverdagen kom, men hun fungerte ikke som hun hadde gjort tidligere. Trøttheten og tungheten i kroppen vedvarte, hun følte seg konstant nedfor og tok ofte til tårene. Hun var i tillegg mye alene om omsorgen for alle tre barna. Mannen hennes hadde akkurat startet i ny jobb og arbeidet ofte lange dager. Barnas besteforeldre bodde langt unna og hadde heller ikke mulighet til å hjelpe til så mye.

Eldstejenta gikk riktignok i barnehage på dagtid, men til tross for det var det bare så vidt hun maktet å sørge for de to minste alene. Alt hun foretok seg føltes slitsomt og tungt. Hun hadde dessuten problemer med å få sove. Å ta vare på tvillingene ga henne heller ingen glede, det var bare noe hun måtte gjøre, en jobb. Dette gjorde at hun stadig gikk rundt med skyldfølelse. Tanker om at hun ikke kunne bli noen god mor for dem plaget henne. Etter en tid sluttet hun å amme. Hun greide ikke å føle noe for tvillingene, hun var overmannet av en slags likegyldighet. Det gjorde henne overbevist om at hun ikke kunne ta vare på tvillingene, at de ville ha det bedre med en annen mamma. Situasjonen var uholdbar for både henne, mannen hennes og barna. De tok kontakt med helsevesenet og hun ble henvist til en psykiatrisk poliklinikk. Tvillingene ble, etter hennes og mannens samtykke, midlertidig overflyttet til et avlastningshjem. Verken hun eller mannen maktet å ta vare på dem i denne krisesituasjonen. Kvinnen følte hun trengte tid borte fra tvillingene hvis hun skulle greie å bli bedre. Da hun etter en tids oppfølging på poliklinikk ikke syntes situasjonen hadde bedret seg, ytret hun ønske om innleggelse i sykehus.

I løpet av den første samtalen med kvinnen skjønte man raskt at hun var deprimert. Hun uttrykte det med hele seg, både i kroppsspråk og i ord. Kvinnen og hennes historie gjorde et sterkt inntrykk på meg, og jeg fikk lyst til å finne ut mer om postpartum depresjon (PPD). Nettopp derfor har jeg valgt å gjøre en litteraturstudie om PPD i min prosjektoppgave. Jeg ble særlig interessert i å finne ut hva som kunne ligge bak utviklingen av denne tilstanden, hvilke risikofaktorer som finnes for PPD. Kunnskap om risikofaktorer er viktig for å kunne identifisere nybakte mødre som har økt risiko for å utvikle PPD, før det går så langt som med kvinnen jeg møtte.

2.2 Oppgavens målsetning

Målet med denne litteraturstudien er å identifisere risikofaktorer for PPD med vekt på psykososiale aspekter og finne ut hvilke risikofaktorer som er viktigst. Det vil kunne gi grunnlag for å vurdere muligheter for screening av kvinner med denne lidelsen og derigjennom hva som kan gjøres for å forebygge PPD.

2.3 Postpartum depresjon og andre psykiske forstyrrelser i postpartum-perioden

Postpartum-perioden er ikke som ofte forventet preget av bare lykke over det nyfødte barnet. Kvinnen er som regel svært sliten etter et langt svangerskap og ikke minst fødselen, som er en smertefull opplevelse. I løpet av svangerskapet oppstår det gjerne mange tanker og forventninger til fødselen og barnet som skal bli født. For eksempel gruer en del kvinner seg for å føde, noen er bekymret over om barnet er friskt og normalt, andre er redde for at noe skal gå galt underveis. Fødselen og møtet med det nyfødte barnet kan derfor være en stor følelsesmessig påkjenning. De fleste nybakte mødre takler det hele fint og går gjennom

postpartum-perioden uten problemer, men slik er det ikke for alle. Det er kjent at psykiske lidelser kan oppstå i etterkant av fødselen. Psykisk lidelse hos en kvinne som akkurat har født er kanskje spesielt alvorlig, fordi det er ett eller flere barn som er avhengig av denne kvinnens evne til å gi omsorg og stell. Best mulig omsorg krever en mor som er tilstedeværende fysisk, men også psykisk.

Tre emosjonelle tilstander opptrer relativt hyppig etter fødselen (1).

Postpartum depresjon har en prevalens på ca 13 % (2). Symptomene er for det meste de samme som ved andre depressive episoder. Vanlig er senket stemningsleie, tap av energi og økt tretthet, interesse- og gledesløshet, redusert konsentrasjon og oppmerksomhet, søvnforstyrrelser, nedsatt appetitt og libido, nedsatt selvfølelse, skyldfølelse, selvbekreftelse, følelse av å ikke være noe verdt, pessimistiske tanker om fremtiden og selvmordstanker (3;4). Tilstanden vil typisk være påvirket av omstendighetene rundt kvinnen (1), og andre trekk ved postpartum depresjon kan for eksempel være tanker om at man er en dårlig mor, frykt for å skade barnet, engstelse for å mislykkes eller følelse av ikke greie å ta vare på barnet. De diagnostiske kriteriene i ICD-10 krever at den depressive episoden må ha startet innen seks uker etter fødselen (3), mens DSM-IV sier at depresjonen må ha debutert innen fire uker etter fødselen (4), for å kunne klassifiseres som en postpartum-relatert tilstand. Beck (5) refererer imidlertid at mange klinikere mener fire og seks uker er for snevert, og at PPD kan utvikle seg helt opp til ett år postpartum. Det vanligste er at den depressive episoden oppstår innen 3-4 måneder etter fødselen, i tilknytning til ”postpartum blues” eller uavhengig, og varer opptil fire uker (1). Alle alvorlighetsgrader kan forekomme. De alvorligste tilfellene kan plage kvinnene i måneder eller år og fører ofte til innleggelse, mens milde episoder like godt kan opptre uten å bli identifisert (1). Årsaksfaktorer og risikofaktorer for PPD er antagelig mange og flere virker sannsynligvis sammen (1). Ulike psykososiale risikofaktorer har blitt identifisert, blant annet tidligere psykopatologi, lite sosial støtte og belastende livshendelser (5). Det er usikkert hvilke negative konsekvenser PPD fører til hos barn av kvinner med denne lidelsen. Flere studier har undersøkt korttids- og langtidseffekten av PPD i forhold til barnas atferd og kognitive utvikling, men resultatene er tvetydige og videre undersøkelser er nødvendig (5). Behandling av PPD er som ved annen depresjon; medikamenter, psykososiale tiltak og psykoterapi, hvor de to sistnevnte er viktigst (1).

”Postpartum blues” forekommer hos 50-75 % av alle nybakte mødre (5). Det kan nærmest regnes som en normal psykisk reaksjon på de store endringene som skjer rundt fødselen, særlig de mildeste tilfellene (5). Symptomer som irritabilitet, fatigue, angst, tristhet, følelsesmessig labilitet, søvnløshet og plutselig gråt kan vare fra timer til flere dager, gjerne med en intensitetstopp 5. dag postpartum, før de forsvinner (1;5). Tilstanden oppstår som regel i løpet av de tolv første dagene postpartum (1).

Postpartum psykose er en mye sjeldnere tilstand, som forekommer hos 1 av 1000 kvinner som har født (1). Den er oftest forbigående med symptomer som forvirring, irritabilitet, vrangforestillinger, hallusinasjoner, sterk agitasjon, forstyrrelse av søvn og matinntak, oppstemthet og/eller hyppige humørsvingninger (1;5). Psykosen utvikler seg vanligvis i løpet av de 4 første ukene etter fødsel (1). Tilstanden er alvorlig, og det kan være fare for at mor skader seg selv eller barnet, derfor er sykehusinnleggelse nødvendig i mange tilfeller (5). Andre tilstander og lidelser som kan oppstå etter fødsel er postpartum panikk, tvangslidelse, bipolar lidelse og posttraumatisk stresslidelse (5).

3.0 Metodebeskrivelse

Jeg fant fram til relevant litteratur ved å søke i MEDLINE og PsycINFO. Søkeordene jeg brukte var “postpartum depression”, “risk factors”, “etiology” og “prevention”. Søkekriterier

var at treffene skulle omhandle mennesker, være på dansk, norsk, svensk eller engelsk og fra perioden 1997-2007. Søket ble utført i juni 2007 og til sammen fikk jeg 914 treff. En del artikler forekom i begge treffene fra de to databasene. Jeg leste gjennom alle sammenfatningene i søkeresultatet og valgte ut artikler som handlet om risikofaktorer for og/eller forebygging av PPD. Etter å ha lest de utvalgte artiklene i sin helhet, valgte jeg ut de artiklene som var mest passende. Artikler der det viste seg at risikofaktorer etter mitt skjønn ikke var undersøkt tilstrekkelig og de fleste artikler der hovedmålet ikke var å finne risikofaktorer for PPD ble forkastet. Jeg ønsket primært å undersøke psykososiale risikofaktorer for depresjon postpartum og forkastet derfor artikler som fokuserte på hormonelle forhold. En del artikler som kun handlet om screening og forebygging ble også utelatt. I tillegg fant jeg relevant litteratur i samarbeid med veileder.

4.0 Resultater

Jeg har gjennomgått 18 studier fra 11 land, som omhandler risikofaktorer for postpartum depresjon. De fleste er prospektive studier; to hver fra Australia, Frankrike og Nederland, og en hver fra Danmark, Storbritannia, Nigeria og Sveits. Foruten en systematisk oversikt fra Canada, er det tre metanalyser, alle fra USA, og to tverrsnittsstudier fra Norge. En studie fra Sverige er en kombinert tverrsnittsstudie og retrospektiv studie. Også en retrospektiv studie fra USA har jeg gjennomgått.

Mange ulike forhold har blitt undersøkt og sammenlignet i studiene. For å få en bedre oversikt har jeg delt risikofaktorene inn i ni hovedgrupper, der forhold og faktorer som ligner hverandre eller har relasjon er samlet. Hovedgruppene er psykopatologiske faktorer, sosiodemografiske faktorer, reproduktivitetsfaktorer, sosial (medmenneskelig) støtte, samlivsproblemer, livshendelser, somatisk sykdom, obstetriske faktorer og forhold knyttet til barnet. Psykopatologiske faktorer er igjen inndelt i enkeltfaktorene tidligere depresjon, depresjon i svangerskapet, annen tidligere psykopatologi, psykiatrisk sykdom i familien, personlighetstrekk, angst i svangerskapet og ”postpartum blues”.

4.1 Psykopatologiske faktorer

- Tidligere depresjon: Eberhard-Gran og medarbeidere (6) fant i sin tverrsnittsstudie at tidligere depresjon var assosiert med PPD. En annen tverrsnittsstudie (7) fant det samme. Verkerk og medarbeidere (8) kom i sin studie fram til at tidligere depresjon var en uavhengig risikofaktor for PPD, men at kvinner med tidligere depresjon kun hadde økt risiko tidlig i postpartum perioden. En rekke andre artikkelforfattere (9-12) viste også i sine studier at tidligere depresjon var en viktig faktor som økte risikoen for å utvikle depresjon postpartum. En systematisk oversikt fra Canada (13) fant at tidligere depresjon var en av de sterkeste risikofaktorene for PPD. Beck kom i den ene av sine meta-analyser fram til at tidligere depresjon var en svak risikofaktor for depresjon postpartum (14), mens det var en moderat risikofaktor i den andre (15).

- Depresjon i svangerskapet: En sveitsisk studie (16) fant at kvinner med depressivt stemningsleie i svangerskapet hadde økt risiko for depresjon postpartum. Uttalte depressive symptomer i siste del av svangerskapet var en uavhengig faktor som økte risikoen for å utvikle PPD, i følge en nederlandsk studie (10), mens i en annen studie fra samme land (8) var uttalte depressive symptomer i andre trimester ikke statistisk signifikant assosiert med postnatal depresjon. En tredje studie (7) fant at depresjon i siste foregående svangerskap var en viktig risikofaktor for PPD hos fleregangsfødende. Nielsen og medarbeidere (17) viste at PPD var sterkt assosiert med psykiske vanskeligheter i svangerskapet. I en systematisk

oversikt (13) fant man at depressivt stemningsleie i svangerskapet var en middels sterk til sterk risikofaktor for depresjon postpartum. En meta-analyse fra USA (14) undersøkte 26 studier i forhold til depresjon i svangerskapet og fant en sterk og signifikant assosiasjon mellom denne faktoren og PPD. Det samme viste O'Hara og medarbeidere (2) i sin meta-analyse. En tredje meta-analyse (15), av nyere dato enn de to foregående, fant at depresjon prenatalt var en moderat risikofaktor for depresjon postpartum.

- Annen tidligere psykopatologi: Boyce og medarbeidere (18) fant en signifikant assosiasjon mellom tidligere psykopatologi hos kvinnen og PPD. Johnstone og medarbeidere (11) viste at tidligere angst eller PPD ga økt risiko for å utvikle depresjon postpartum. En dansk studie (17) fant en signifikant sammenheng mellom PPD og forekomst av psykiatrisk sykdom før graviditeten. I en meta-analyse kom O'Hara og medarbeidere fram til at tidligere psykiatrisk sykdom hos kvinnen var en sterk risikofaktor for depresjon postpartum (2).

- Psykiatrisk sykdom i familien: To studier (7;11) fant at positiv familieanamnese på affektiv lidelse var en viktig risikofaktor for PPD. Den ene studien viste at tidligere depresjon eller PPD hos moren var signifikant assosiert med PPD hos datteren (11). Verkerk og medarbeidere (8) fant en ikke statistisk signifikant sammenheng mellom depresjon postpartum og forekomst av depresjon i familien. I en annen studie (10) fant man ingen assosiasjon mellom PPD og forekomst av depresjon hos førstegrads familiemedlemmer. Boyce og medarbeidere (18) undersøkte også sammenhengen mellom PPD og forekomst av tidligere psykiatrisk sykdom hos noen i familien. I resultatdelen av artikkelen ble det beskrevet at det var en signifikant sammenheng, men dette ble så benektet i diskusjonsdelen i artikkelen. Konklusjonen er derfor uklar.

I følge en systematisk oversikt av Robertson og medarbeidere (13) var assosiasjonen mellom PPD og psykiatrisk sykdom i familien avhengig av kvinnens kunnskap om dette, og om hun valgte å fortelle om det. I studier som hadde greid å få frem tilstedeværelsen av den faktoren, ved å intervjuer både kvinnen og hennes familiemedlemmer, viste det seg at det var en sterk sammenheng mellom familiær forekomst av psykisk lidelse og PPD. Andre studier utført på andre måter viste imidlertid kun en svak assosiasjon mellom PPD og psykiatrisk sykdom i familien. En meta-analyse (2) fant at tidligere forekomst av depresjon hos noen i kvinnens familie ikke var en statistisk signifikant risikofaktor for PPD.

Johnstone og medarbeidere (11) viste at alkoholisme hos kvinnens bror også var signifikant assosiert med depresjon postpartum.

- Personlighetstrekk: En prospektiv studie fra Nederland (8) fant at visse personlighetstrekk og personlighetstyper var viktige risikofaktorer for PPD. Personlighetstrekkene nevrotisme og introversjon ble undersøkt hos den gravide i andre trimester, og begge ble hver for seg funnet å være signifikant assosiert med økt risiko for klinisk depresjon postpartum.

Kombinasjonen høy grad av både nevrotisme og introversjon viste seg å være en uavhengig faktor, som kunne forutsi depresjon hele det første året etter fødselen. Nevrotisme ble karakterisert som emosjonell labilitet, usikkerhet og ansenhet, og introversjon karakterisert som inhibisjon og sosial sjenanse.

I en annen studie fant Boyce og medarbeidere (18) en sammenheng mellom PPD og personlighetsfaktorene høy grad av sårbarhet og liten organiserings- og responsevne. En kombinasjon av disse to personlighetsfaktorene økte risikoen for å utvikle depresjon postpartum.

En australsk studie (11) undersøkte en del andre personlighetsfaktorer og deres mulige relasjon til PPD. Å være nervøs, sjenert, hissig, ha tvangstanker eller å bekymre seg mye var signifikant assosiert med depresjon postpartum. Kvinner med middels til høy grad av

sårbarhet vurdert ut fra en sårbarhetsskala hadde økt risiko for PPD i følge den samme studien (11).

En systematisk oversikt (13) fant at nevrotisisme var en moderat risikofaktor for PPD. Videre fant man at kvinner med en negativ måte å tenke på (f.eks. pessimistisk, aggressiv, grublende) hadde økt risiko for å utvikle depresjon postpartum.

I en meta-analyse (2) fant man også at personlighetstrekkene nevrotisisme og negativ kognitiv tilleggsstil var assosiert med PPD. Nevrotisisme viste seg å være en svak til moderat risikofaktor, mens negativ kognitiv tilleggsstil var en svak risikofaktor.

En annen meta-analyse, utført av Beck (15), viste at lav selvfølelse var en moderat risikofaktor for PPD.

- Angst i svangerskapet: Sutter-Dallay og medarbeidere (19) undersøkte hvilken sammenheng angstlidelse i svangerskapet kunne ha med depressive symptomer postpartum. Termen angstlidelse inkluderte generalisert angst, sosial fobi, obsessiv-kompulsiv lidelse, agorafobi, panikkangst og posttraumatisk stress lidelse (PTSD). De fant at forekomst av angstlidelse i svangerskapet ga økt risiko for å utvikle uttalte depressive symptomer postpartum, uavhengig av tilstedeværelse av depresjon hos kvinnene prenatalt. Robertson og medarbeidere (13) fant i sin systematiske oversikt at angstsymptomer i svangerskapet var en middels sterk til sterk risikofaktor for PPD. Beck (14;15) har utført to meta-analyser, én med resultater fra 1974-1994 og en annen fra 1990-1999. I begge fant man at forekomst av angst i svangerskapet var en moderat risikofaktor for PPD. O'Hara og medarbeidere (2) fant i sin meta-analyse, som innebefatter studier fra 1968-1995, at dette var en sterk risikofaktor for depresjon postpartum.

- "Postpartum blues": Henshaw og medarbeidere (9) undersøkte om det fantes en relasjon mellom "postpartum blues" og seinere utvikling av PPD. De fant at alvorlig "postpartum blues" var en uavhengig risikofaktor for utvikling av depresjon postpartum hos førstegangsfødende kvinner. Videre fant de at depresjonen utviklet seg tidligere hos disse kvinnene og at den varte lenger.

En studie fra Nigeria (20) fant også at kvinner med "postpartum blues" hadde økt risiko for å utvikle PPD. Beck (14) undersøkte fem studier for faktoren "postpartum blues" i en meta-analyse. Det viste seg å være en moderat signifikant assosiasjon mellom PPD og "postpartum blues". Også i en nyere meta-analyse (15) utført av samme forfatter fant man at "postpartum blues" var en moderat risikofaktor for PPD.

4.2 Sosiodemografiske faktorer

At kvinnen er førstegangsfødende ble funnet å være assosiert med PPD i kun én studie (6). Berle og medarbeidere (7) viste i likhet med to andre studier (16;17) at det var høyere risiko for PPD hos kvinner som hadde flere enn ett barn. Bågedahl-Strindlund og medarbeidere (21) fant i sin studie at kvinner med flere enn ett barn har økt risiko for depresjon postpartum. Multiparitet ga en ikke signifikant økt risiko for depresjon postpartum i følge en australsk studie (11). En meta-analyse (2) viste at PPD verken var (statistisk) signifikant assosiert med antall barn eller antall fødsler.

En studie fant at kvinner, som hadde hatt 3 tidligere svangerskap med en varighet på minst 20 uker, hadde en ikke statistisk signifikant økt risiko for PPD (11).

Berle og medarbeidere (7) viste at det ikke var noen høyere prevalens av PPD blant enslige mødre. McCoy og medarbeidere (12) fant heller ingen relasjon mellom å være enslig og utvikling av PPD. I en svensk studie fant man imidlertid en assosiasjon mellom PPD og det å være enslig (21). Enslige mødre hadde økt risiko for PPD, i følge Boyce og medarbeidere (18), men denne assosiasjonen var ikke statistisk signifikant, ei heller var det å være separert

statistisk signifikant assosiert med PPD. Derimot viste man en signifikant assosiasjon til separasjon/skilsmiss i en annen studie (11). En meta-analyse utført av O'Hara og medarbeidere (2) fant at sivil status og varighet av partnerforhold ikke var statistisk signifikant assosiert med depresjon postpartum. Beck (15) fant imidlertid i sin meta-analyse at sivil status hadde en viss betydning.

Boyce og medarbeidere (18) fant at mødre som var 16 år eller yngre hadde signifikant større sannsynlighet for å få PPD. McCoy og medarbeidere (12) fant ingen økt risiko blant unge mødre (< 21 år). Berle og medarbeidere (7) fant at alder ikke var statistisk signifikant assosiert med depresjon postpartum. En meta-analyse (2) fant heller ingen (statistisk) signifikant assosiasjon mellom PPD og kvinnens alder.

Kvinner som var arbeidsløse eller mottok trygdeytelser hadde økt risiko for å utvikle depresjon postpartum, i følge en australsk studie (18). En annen studie fra Australia (11) fant også at å motta trygd/stønad var en signifikant risikofaktor for depresjon postpartum.

Å ha privat forsikring eller ikke viste ingen (statistisk) signifikant assosiasjon med PPD (18). Lav inntekt ble funnet å være en risikofaktor for PPD i en studie fra Sveits (16). En meta-analyse fra USA (2) fant det samme, men at lav inntekt bare var en svak risikofaktor. Samme studie viste at jobbstatus (arbeidsledig eller ikke) i svangerskapet ikke var (statistisk) signifikant assosiert med PPD. Å leie i stedet for å eie boligen man bor i viste seg å ha en sammenheng med PPD (11).

De to australske studiene nevnt ovenfor undersøkte begge om det fantes noen sammenheng mellom PPD og utdanningsnivå. I følge den ene var det en signifikant assosiasjon mellom PPD og utdanningsnivå; kvinner som utviklet PPD hadde generelt lavere utdannelse enn de uten PPD (11). I den andre studien fant man ingen slik sammenheng (18). O'Hara og medarbeidere (2) kom i sin meta-analyse fram til at utdanningsnivå ikke var (statistisk) signifikant assosiert med PPD.

I en studie fra Sveits (16) fant man at ikke-europeiske kvinner hadde økt risiko for PPD. En systematisk oversikt fra Canada (13) viste at lav sosioøkonomisk status er en svak risikofaktor for depresjon postpartum. En meta-analyse av Beck (15) viste det samme. Lav sosioøkonomisk status inkluderte arbeidsledighet, lav inntekt, lavt utdanningsnivå, presset økonomi, kvinnens yrke og lav sosial status.

O'Hara og medarbeidere (2) fant i sin meta-analyse en assosiasjon mellom type yrke hos kvinnen og PPD. Å ha lavstatus yrke viste seg å være en svak risikofaktor for depresjon postpartum.

4.3 Reproduktivitetsfaktorer

I følge Eberhard-Gran og medarbeidere (6) var det færre deprimerte blant kvinner som ammet barnet sitt enn blant kvinner som ikke gjorde det. En amerikansk studie (12) fant at å gi barnet morsmelkserstatning og ikke brystmelk var en signifikant risikofaktor for PPD hos mor. Berle og medarbeidere (7) viste imidlertid at amming ikke påvirket prevalensen av PPD signifikant. En tredje studie fra Storbritannia (9) fant heller ingen assosiasjon mellom PPD og ernæringsmetode.

Boyce og medarbeidere (18) undersøkte om planlagt eller ikke planlagt svangerskap viste noen sammenheng med utvikling av PPD, men fant ingen statistisk signifikant assosiasjon. Ikke planlagt svangerskap viste seg å være en svak risikofaktor for PPD i en systematisk oversikt fra USA (13), noe også metaanalysen utført av Beck (15) fant.

I en studie av Johnstone og medarbeidere (11) fant man at kvinner som hadde flerlingfødsler hadde økt risiko for PPD, men at dette var en ikke statistisk signifikant risikoøkning, fordi det var tilfelle for kun en liten andel av kvinnene i studien. Det samme fant Boyce og medarbeidere i sin studie (18).

Henshaw og medarbeidere (9) fant ingen assosiasjon mellom PPD og tidligere spontanabort, tidligere provosert abort eller infertilitetsproblematikk, ei heller noen assosiasjon med bruk av hormonelle antikonsepsjonsmidler etter fødselen.

Røyking ble vist å være en signifikant risikofaktor i bare én studie (12).

En australsk studie (11) undersøkte om vaginal blødning, svangerskapsdiabetes eller preeklampsi hadde sammenheng med utvikling av depresjon postpartum. Ingen av faktorene viste seg å ha (statistisk) signifikant assosiasjon til PPD, men alle ga en ikke statistisk signifikant økt risiko. Nielsen og medarbeidere (17) fant ingen assosiasjon mellom PPD og svangerskapskomplikasjoner som vaginal blødning, generelt fysisk ubehag, bekkenplager, premature kontraksjoner eller sykemelding pga graviditeten. Boyce og medarbeidere fant ingen signifikant assosiasjon mellom PPD og svangerskapsvarighet (18). En systematisk oversikt (13) rapporterte at svangerskapskomplikasjoner som preeklampsi, hyperemesis gravidarum og prematur fødsel alle var svake risikofaktorer for PPD. I meta-analysen til O'Hara og medarbeidere (2) fant man også at svangerskapskomplikasjoner var en svak risikofaktor for depresjon postpartum.

4.4 Sosial (medmenneskelig) støtte

Boyce og medarbeidere (18) fant at kvinner som føler de får lite eller ingen sosial støtte, hadde økt risiko for å utvikle PPD. Det samme fant Bågedahl-Strindlund og medarbeidere i sin studie (21). Videre fant Nielsen og medarbeidere (17) at kvinner som følte seg sosialt isolerte hadde økt risiko for PPD, og at dette var en sterk risikofaktor. En systematisk oversikt utført av Robertson og medarbeidere (13) fant at mangel på sosial støtte var en middels sterk til sterk risikofaktor for depresjon postpartum. Beck (14;15) undersøkte forholdet mellom PPD og sosial støtte i 15 studier i en meta-analyse og i 27 studier i en annen. Sosial støtte var moderat assosiert med PPD i begge. En tredje meta-analyse utført av O'Hara og medarbeidere (2) fant at mangel på sosial støtte, og særlig støtte fra barnefaren, var en moderat til sterk risikofaktor for depresjon etter fødselen.

4.5 Samlivsproblemer

I følge Eberhard-Gran og medarbeidere (6) var det å ha et dårlig forhold til partneren assosiert med PPD. En annen studie (7) viste at å ha en alvorlig konflikt med partneren ikke påvirket prevalensen av PPD signifikant. Kommunikasjonsproblemer med partner, lite emosjonell støtte fra partner og en gjennomgående misnøye med partnerforholdet ble vurdert i en australsk studie (18). Kvinner med disse samlivsproblemene ble funnet å ha signifikant større sannsynlighet for å utvikle PPD. Følelsen av at partnerforholdet hadde blitt dårligere etter fødselen ble også funnet å være assosiert med økt risiko for depresjon postpartum i den samme studien. En systematisk oversikt fra Canada (13) fant at ekteskapsproblemer i svangerskapet er en moderat risikofaktor for å utvikle PPD. Beck (14;15) viste en moderat sammenheng mellom PPD og tilfredshet med ekteskapet, i to meta-analyser. O'Hara og medarbeidere (2) fant i sin meta-analyse at hvor godt kvinnens ekteskap fungerer under graviditeten er tydelig assosiert med PPD.

4.6 Livshendelser

Hva betegnelsen livshendelser omfavnet, varierte en del fra studie til studie. I en norsk tverrsnittsstudie (6) ble kvinnene spurt om de hadde opplevd betydelige hendelser i løpet av de siste 12 månedene. Hendelsene inkluderte separasjon/skilsmisse, ekteskaps- eller samlivsproblemer, konflikter med familie, venner eller naboer, problemer på arbeidsplassen eller studiestedet, økonomiske vanskeligheter, alvorlig sykdom eller skade, alvorlig sykdom eller skade i nærmeste familie, trafikkulykke, brann eller innbrudd, tap av person som stod en

nær og andre vanskeligheter. En høy poengsum på skalaen for livshendelser var assosiert med depresjon postpartum, i følge denne norske studien.

Boyce og medarbeidere (18) viste også at å ha opplevd én eller flere livshendelser i løpet av de siste 12 månedene ga økt risiko for å utvikle PPD. Imidlertid ble det i denne studien ikke undersøkt om de registrerte livshendelsene hadde noen assosiasjon til svangerskapet eller fødselen, heller ikke hvor betydelige de var.

I følge en annen studie (11) var forekomst av et alvorlig helseproblem og krangel med partner i løpet av siste 12 måneder assosiert med PPD.

Righetti-Veltma (16) fant at belastende livshendelser økte risikoen for PPD, særlig hendelser som kunne oppleves som et tap.

En svensk studie fant at livshendelser som medførte stress eller belastning var viktige faktorer for utvikling av PPD (21).

I en systematisk oversikt fant Robertson og medarbeidere (13) at belastende livshendelser var en middels sterk til sterk risikofaktor for depresjon postpartum.

Beck (14) kom i en meta-analyse fram til at forekomst av mye stress eller belastninger i livet var moderat assosiert med PPD. Også en nyere meta-analyse (15) av samme forfatter viste dette. En tredje meta-analyse (2) fant at belastende eller stressende hendelser i løpet av svangerskapet var en sterk risikofaktor for depresjon postpartum.

4.7 Somatisk sykdom

Berle og medarbeidere (7) fant at å ha en signifikant somatisk sykdom etter fødselen var en sterk risikofaktor for PPD. Derimot var det å ha hatt en signifikant somatisk sykdom tidligere i livet eller i svangerskapet ikke en statistisk signifikant risikofaktor.

4.8 Obstetriske faktorer

En amerikansk studie (12) fant en økt risiko for PPD relatert til keisersnitt, men denne var ikke statistisk signifikant. Det samme viste en studie fra Australia (11), både for elektivt keisersnitt, hastekeisersnitt og tangforløsning. Berle og medarbeidere (7) fant at keisersnitt ikke påvirket prevalensen av PPD signifikant. En dansk studie (17) kom fram til at det ikke var noen assosiasjon mellom PPD og keisersnitt, verken elektivt eller hastekeisersnitt. Boyce og medarbeidere (18) viste at det ikke var noen økt risiko for PPD blant de kvinnene som ble forløst med keisersnitt eller ved hjelp av instrumenter sammenlignet med de som gjennomgikk en spontan vaginal fødsel. Henshaw og medarbeidere (9) fant ingen sammenheng mellom depresjon postpartum og fødselsmåte. Robertson og medarbeidere (13) fant i sin systematiske oversikt at keisersnitt og instrumentell forløsning var svake risikofaktorer for PPD. Hastekeisersnitt var en sterkere risikofaktor enn elektivt keisersnitt. Boyce og medarbeidere (18) undersøkte i sin studie fra Australia flere andre obstetriske faktorer; varigheten av sykehusoppholdet, type avdeling man kom til, varigheten av fødselen, type smertestillende medikasjon og antibiotikabehandling samt hvem og hvor mange som var til stede under fødselen. Kun varigheten av sykehusoppholdet viste en signifikant sammenheng med PPD. Risikoen for å utvikle PPD var økt hos de kvinnene som ble utskrevet fra sykehuset tidligere enn 72 timer etter fødselen. De andre obstetriske variablene viste ingen (statistisk) signifikant assosiasjon med PPD.

En annen studie fra Australia (11) fant at epidural anestesi, amniotomi før induksjon av fødselen og 3. grads rift i perineum alle ga økt risiko for PPD, men at dette var en ikke statistisk signifikant risikoøkning.

I følge Berle og medarbeidere (7) var det å føle at fødselen var en traumatisk opplevelse ikke (statistisk) signifikant assosiert med PPD.

Robertson og medarbeidere (13) fant i sin systematiske oversikt at uttalt blødning under fødselen var en svak risikofaktor for depresjon postpartum.

O'Hara og medarbeidere (2) fant i sin meta-analyse at fødselskomplikasjoner var en svak, men statistisk signifikant risikofaktor for PPD. Ingen fødselskomplikasjoner viste seg å øke risikoen for PPD i en studie utført av Nielsen og medarbeidere (17). Henshaw og medarbeidere (9) fant ingen assosiasjon mellom PPD og komplikasjoner hos mor eller barnet. I sistnevnte studie (9) fant man heller ingen sammenheng mellom depresjon postpartum og følgende obstetriske faktorer; gestasjonsalder, induksjon av fødselen, fødselsmåte og når på døgnet fødselen skjedde.

4.9 Forhold knyttet til barnet

I en australsk studie fant Boyce og medarbeidere (18) økt risiko for utvikling av PPD hos kvinner der barnet fikk kolikk og refluks, samt der barnet hadde motsatt kjønn av det som var ønsket på forhånd. Fødselsvekt viste ingen sammenheng med PPD.

Tidlig separasjon av mor og barn etter fødselen ble funnet å være en risikofaktor for PPD i en studie fra Sveits (16).

Sutter-Dallay og medarbeidere (22) utførte en studie der de undersøkte hvilken innvirkning det nyfødte barnets atferd hadde på utvikling av PPD hos moren. Habitueringssevne, orienteringsevne, motoriske ferdigheter, spekter av sinnstilstander, regulering av sinnstilstand og autonom stabilitet ble vurdert hos barnet tre dager etter fødselen. Barnets orienteringsevne ble funnet å være en risikofaktor for utvikling av depresjon hos moren seks uker postpartum. Jo lavere poengsum babyen fikk på en orienteringsskala, jo høyere var risikoen for at mor ble deprimert. Ingen (statistisk) signifikant assosiasjon mellom PPD og de øvrige faktorene ble funnet.

En systematisk oversikt fra Canada (13) fant ingen sammenheng mellom barnets kjønn og PPD i studier fra vestlige samfunn. Studier fra India og Kina viste imidlertid at barnets kjønn var signifikant assosiert med PPD hos kvinner der ektemannen var misfornøyd med barnets kjønn. Dette gjaldt særlig når barnet var ei jente.

Beck (14) utførte en meta-analyse der fire studier ble vurdert i forhold til forekomst av stress ved barneomsorgen. Man fant at denne faktoren hadde en moderat betydning for PPD. I en nyere meta-analyse (15), utført av samme forfatter, kom man fram til det samme resultatet. Barnets temperament viste seg også å være moderat assosiert med PPD i den sistnevnte meta-analysen (15).

En dansk studie (17) fant ingen assosiasjon mellom PPD og følgende komplikasjoner med barnet; lav fødselsvekt (< 2500g), prematur fødsel (< 37 uker), Apgar- skåre <7 etter 5 minutter, medfødte malformasjoner og innleggelse på avdeling for nyfødte.

5.0 Diskusjon

5.1 Psykopatologiske faktorer

- Tidligere depresjon: Sju enkeltstudier vurderte faktoren tidligere depresjon, og alle viste at denne faktoren var en uavhengig risikofaktor for PPD (6-12). Becks meta-analyse fra 1996 (14) fant at tidligere depresjon var en svak risikofaktor, men meta-analysen fra 2001 (15) av samme forfatter viste at det var en moderat risikofaktor. En systematisk oversikt (13), som inkluderte noen av studiene jeg har gjennomgått i tillegg til mange andre studier, fant at tidligere depresjon var en av de viktigste risikofaktorene for depresjon etter fødselen. Det er derfor ingen tvil om denne faktorens assosiasjon til depresjon i postpartum-perioden. For depresjon som forekommer uavhengig av svangerskap og fødsel er det en kjent sak at man har større risiko for å få en ny depresjon dersom man har hatt en depressiv episode tidligere. Derfor er det ikke overraskende at det samme ser ut til å gjelde for depresjon etter fødselen, siden det virker som om det kun er tidspunktet depresjonen forekommer som skiller PPD fra

en hvilken som helst annen depressiv episode. En studie (8) antyder at tidligere depresjon kun gir økt risiko for PPD i den første tiden etter fødselen. Ingen andre av studiene jeg har gjennomgått har funnet denne relasjonen. Før det kan trekkes noen konklusjon om dette bør flere undersøkelser gjøres, og tidsrommet det er snakk om bør defineres nærmere. Hvis dette funnet skulle vise seg å være reelt, kan man tenke seg at oppfølging av kvinner etter fødselen og andre forebyggende tiltak kan begrenses til en kortere periode der nytten er størst. På den måten kan ressursbruken effektiviseres.

- Depresjon i svangerskapet: Fem enkeltstudier har undersøkt denne faktoren, og fire har funnet en klar assosiasjon til PPD (7;10;16;17), mens den femte fant en ikke (statistisk) signifikant assosiasjon (8). Det må kommenteres at det er stor variasjon mellom studiene når det gjelder hva som faktisk er undersøkt. Det varierer fra diagnostisert depresjon til nedsatt stemningsleie og psykiske vanskeligheter. I tillegg er det forskjeller mellom studiene med hensyn til tidspunktet i svangerskapet risikofaktoren forekommer og er vurdert, om det for eksempel er midtveis eller i tredje trimester. Min vurdering er at depresjon i løpet av svangerskapet synes å ha en klar betydning for utvikling av PPD. Dette styrkes av to meta-analyser fra 1996 (2;14) og en fra 2001 (15) som fant at depresjon i svangerskapet henholdsvis var en sterk og moderat risikofaktor. Videre støttes min påstand av Robertsons systematiske oversikt (13). Likevel bør dette verifiseres i nye og uavhengige studier med tilstrekkelig antall personer.

- Annen tidligere psykopatologi: Tre enkeltstudier undersøkte forekomst av annen psykopatologi tidligere i livet og fant at det var en risikofaktor for depresjon postpartum (11;17;18). Meta-analysen til O'Hara og Swain (2) konkluderer med at denne faktoren er en sterk risikofaktor. I studien til Johnstone og medarbeidere (11) gjaldt det angst og PPD, mens i de to andre samt i meta-analysen (2;17;18) var det ikke spesifisert hva slags psykopatologi det dreide seg om. Ytterligere studier bør gjennomføres for å kunne si noe om hvilke psykiatriske lidelser det dreier seg om foruten depresjon, og i hvilken grad disse øker risikoen for PPD. Det kan være nyttig kunnskap med tanke på identifisering av gravide kvinner som er i risikozonen for å utvikle depresjon postpartum. Angst og depressive symptomer opptrer ofte samtidig, og derfor er det også stor sannsynlighet for at forekomst av angstsymptomer tidligere i livet kan øke risikoen for PPD. Begge disse faktorene bør imidlertid undersøkes nærmere med flere studier.

- Psykiatrisk sykdom i familien: Det var sprikende resultater mellom studiene som hadde undersøkt denne faktoren. Av sju studier var det én som ikke fant noen assosiasjon til PPD (10) og én hvor det var usikkert om det var en signifikant assosiasjon eller ikke (18), mens de andre fant at den var alt fra en svak til en sterk risikofaktor (2;7;8;11;13). Det varierte også om det var depresjon eller psykiatrisk sykdom generelt som var vurdert, samt variasjon i hvor nær familie det dreide seg om. En studie (11), den eneste som undersøkte akkurat dette, fant en signifikant assosiasjon mellom alkoholmisbruk hos bror og utvikling av PPD. Funnene tyder på at psykiatrisk sykdom i familien er en risikofaktor, men for å kunne si noe om hvor viktig den er bør videre undersøkelser gjøres.

- Personlighetstrekk: Tre enkeltstudier og to meta-analyser fant at flere mer eller mindre spesifikke personlighetstrekk økte risikoen for PPD (2;8;11;15;18). Ingen av studiene har undersøkt akkurat de samme personlighetstrekkene, men personlige egenskaper som går igjen er for eksempel høy grad av sårbarhet, anspenthet/nervøsitet, sjenanse, emosjonell labilitet og negativ tenkemåte. Også Robertsons systematiske oversikt (13) viste at noen av de ovenfor nevnte personlighetstrekkene var risikofaktorer for PPD. For lettere å kunne identifisere

kvinne med disse risikofaktorene, bør det undersøkes nærmere hvilke personlighetstrekk som er viktigst, og flere studier trengs.

- Angst i svangerskapet: Sutter-Dallay og medarbeidere (19) fant at forekomst av angst i svangerskapet helt klart økte risikoen for depresjon i postpartum-perioden. Dette var den eneste enkeltstudien i mitt utvalg som hadde undersøkt denne faktoren, bortsett fra tre meta-analyser. To av disse kom fram til at angst i svangerskapet var en moderat risikofaktor (14;15), og den siste viste at det var en sterk risikofaktor (2). Det var flere svakheter ved studien til Sutter-Dallay og medarbeidere; forholdsvis lite utvalg med relativt stort frafall underveis, og det var for eksempel en større prosentandel som hadde angst i svangerskapet blant de som falt fra. Til tross for dette støtter resultatene fra de tre meta-analysene sammen med en systematisk oversikt fra Canada (13) opp om at angst i svangerskapet er en klar risikofaktor for PPD. Som nevnt tidligere er angst gjerne ledsaget av depresjonsplager, og det er derfor ikke overraskende at dette ikke ser ut til å være noe unntak ved depresjon postpartum. En viss form for engstelse i forhold til ulike ting i forbindelse med graviditeten, fødselen og det kommende barnet er helt naturlig, slik at angstsymptomene må være av en viss størrelsesorden dersom de skal assosieres med en økt risiko for PPD. En tett oppfølging av kvinner med angst i svangerskapet med tanke på disse forhold, vil kunne avklare dette. Det kan tenkes at de kvinnene det gjelder har slitt med angstplager også før graviditeten. Ingen av studiene nevnt over hadde med opplysninger om dette. Det mangler fortsatt studier som kan bekrefte den betydning angstsymptomer i svangerskapet har som prediktor.

- "Postpartum blues": To enkeltstudier har vurdert sammenhengen mellom "postpartum blues" og PPD. Henshaw fant at alvorlig "postpartum blues", definert ved hjelp av the Blues Questionnaire, var en risikofaktor (9). Den andre enkeltstudien fra Nigeria (20) fant det samme, men her var tilstanden definert ved hjelp av the Maternity Blues Scale og alvorlighetsgraden var ikke vurdert. Det er i den første studien ikke beskrevet noen definisjon på ulike alvorlighetsgrader av "postpartum blues". Studien har undersøkt kun førstegangs fødende kvinner, og det var et relativt stort frafall av deltagere fra utvalget. To meta-analyser av Beck (14;15) fant begge at denne faktoren var en moderat risikofaktor, men de innebefatter kun studier til og med 1999. Til tross for få studier og et studieutvalg med en del svakheter tyder det på at "postpartum blues" er en risikofaktor for PPD. For å få en mer oppdatert vurdering av hvor viktig denne risikofaktoren er, bør flere og nyere studier gjennomføres. Et annet interessant aspekt er at så mange som 50-75% av alle kvinner som har født utvikler "postpartum blues", men ikke på langt nær alle disse kvinnene utvikler en depresjon. Dette er også en problemstilling kommende forskning bør undersøke nærmere.

5.2 Sosiodemografiske faktorer

- Multiparitet: Fire av seks enkeltstudier jeg har gjennomgått fant at multiparitet økte risikoen for PPD (7;16;17;21), én viste at det var en ikke (statistisk) signifikant risikofaktor (11), mens én studie fant det motsatte; at å være førstegangs fødende var en risikofaktor (6). En meta-analyse (2) fant ingen (statistisk) signifikant assosiasjon mellom PPD og antall fødsler. Disse resultatene tyder på at det å ha født tidligere eller ha barn fra før er en risikofaktor for depresjon postpartum, men det kan ikke sies å være helt sikkert. Nye studier bør gjennomføres, og man bør vurdere om det er noen sammenheng mellom PPD og komplikasjoner eller traumatiske opplevelser ved tidligere fødsler.

- Sivil status: Hva som er undersøkt og resultatene fra fem enkeltstudier (7;11;12;18;21) og to meta-analyser (2;15) var noe varierende, men det kan konkluderes med at sivil status (å være enslig, separert, skilt eller gift) ikke synes å være risikofaktor for PPD.

- **Alder:** Resultatene fra de tre enkeltstudiene (7;12;18) og meta-analysen (2) hvor alder er undersøkt, viser at alder, med særlig fokus på ung alder, ikke er en risikofaktor for PPD. Dette er begrunnet ut fra relativt få studier, og det er vekslende kvalitet på studiene. Resultatet fra meta-analysen støtter særlig opp under denne konklusjonen, men inneholder relativt gamle studier. Nyere studier av denne faktoren bør undersøkes, for å få en mer oppdatert og sikker vurdering.

- **Lav sosioøkonomisk status:** Ut fra resultatene i Becks meta-analyse (15) og Robertsons systematiske oversikt (13) fant jeg at lav sosioøkonomisk status er en svak risikofaktor. Termen innebefattet blant annet dårlig økonomi, lavt utdanningsnivå samt lav sosial status. Faktoren er sammensatt, og det kan tenkes at det er enkeltfaktorer den favner om som ikke har noen innvirkning på PPD og at det er andre som har sterk innvirkning. Videre forskning først og fremst på enkeltfaktorene er viktig, og nyere studier trengs. Selv om meta-analysen og den systematiske oversikten har sammenholdt resultater fra flere studier, er det ingen studier som er fra etter årtusenskiftet.

- **Dårlig økonomi:** Denne faktoren viste seg å være en risikofaktor ut fra resultatene fra tre enkeltstudier (11;16;18) og en meta-analyse (2). Meta-analysen konkluderte med at det var en svak risikofaktor. I to av de tre andre studiene er det riktignok det å motta trygdeytelser eller være arbeidsledig som er vurdert, men jeg går ut i fra at det dreier seg om kvinner som har dårligere økonomi enn gjennomsnittet i befolkningen. En annen studie fra Australia (18) undersøkte om det å ha privat forsikring hadde noen assosiasjon med PPD, med tanke på at det gjenspeilte kvinnenens økonomiske situasjon. Her ble det ikke funnet noen assosiasjon, men denne studien skilte seg såpass fra de andre at den ikke endret helhetsvurderingen av dårlig økonomi som risikofaktor for PPD. Dessuten stemmer dette med funnet av at lav sosioøkonomisk status var en svak risikofaktor, som beskrevet over.

- **Lavt utdanningsnivå:** Kun to enkeltstudier (11;18) og en meta-analyse (2) har vurdert denne faktoren, og samlet ser det ut til at det er en assosiasjon mellom PPD og lavt utdanningsnivå. Her må flere studier til for å kunne avgjøre om denne faktoren virkelig er en uavhengig risikofaktor for depresjon postpartum.

- **Lavstatusyrke:** Meta-analysen til O'Hara og Swain fra 1996 (2) fant at å ha et lavstatusyrke var en svak risikofaktor for PPD. Det er ikke beskrevet hvilke type yrker dette gjelder, noe som kan tenkes å variere fra land til land. Meta-analysen har vurdert materiale fra 1968 til 1995, så nyere undersøkelser trengs. Ingen andre studier hadde vurdert denne faktoren, bortsett fra at den var med som en av punktene under lav sosioøkonomisk status i de studiene som hadde vurdert denne faktoren.

- **Etnisitet:** Kun en studie fra Sveits (16) av de jeg har gjennomgått har vurdert denne faktoren, og der fant man at kvinner som kom fra land utenfor Europa hadde økt risiko for å utvikle depresjon postpartum. Det er flere forhold som kan tenkes å gjøre innvandrerkvinner mer sårbare for utvikling av PPD, for eksempel dårligere økonomi, mindre sosialt nettverk og språkproblemer. Flere studier er nødvendig for å finne ut om etnisitet gir økt risiko for PPD, og eventuelt hva som gir risikoøkning ved det å ha en annerledes etnisitet enn befolkningen i det landet man bor.

5.3 Reproduktivitetsfaktorer

- **Amming/ikke amming:** Fire enkeltstudier undersøkte dette, og to fant at å ikke amme økte risikoen for PPD (6;12), mens to andre ikke fant økt risiko (7;9). To av disse studiene er tverrsnittsstudier og en er retrospektiv, og de har alle den svakheten at de ikke har fulgt utvalget av deprimerte kvinner over tid. I tillegg er undersøkelsestidspunktet ulikt i alle fire studiene. Henshaw og medarbeidere (9) hadde dessuten bare førstegangsfødende kvinner med i sin studie, og det var et stort frafall av deltagere underveis. Å ikke amme er ikke en risikofaktor ut fra de fire studiene, men jeg kan heller ikke avkrefte at det er en risikofaktor.

Først og fremst bør det flere og bedre studier til for å kunne si noe sikkert om amming virker beskyttende mot depresjon postpartum. I Norge har det vært og er mye fokus på hvor viktig amming er for barnet, men ikke alle kvinner greier eller har mulighet til å gjøre dette. Det vil kunne gi dem skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse, og det kan tenkes at dette igjen gjør dem mer sårbare for å utvikle depresjon. Fokuset på amming varierer nok fra land til land, og videre forskning bør til for å avklare hvilken påvirkning det har på utvikling av PPD.

- Ikke planlagt/uønsket graviditet: En enkeltstudie fant ingen sammenheng mellom PPD og ikke planlagt graviditet (18), mens både en systematisk oversikt (13) og en meta-analyse (15) fant at ikke planlagt/uønsket graviditet var en svak risikofaktor PPD. Derfor er min vurdering at dette synes å være en risikofaktor. Det er på sin plass å påpeke at en ikke planlagt graviditet ikke behøver å være en direkte uønsket graviditet, og at det kan utgjøre en stor forskjell i hvordan en kvinne forholder seg til svangerskapet og barnet som kommer. Fremtidige undersøkelser av dette bør skille mellom de to forholdene. Det vil kunne bidra til å finne ut hvor vesentlig denne faktoren er for PPD.

- Flerlingfødsler: Jeg har ikke funnet at det å føde flerlinger er en risikofaktor for PPD. De to studiene som har vurdert dette fant en assosiasjon til depresjon postpartum (11;18), men i begge var utvalget for lite til å kunne trekke noen sikker konklusjon. Dessuten var det tvillingfødsler som ble vurdert i den ene og flerlinger generelt i den andre. Likevel kan det ikke utelukkes at dette er en risikofaktor for PPD, og ytterligere forskning trengs.

- Svangerskapskomplikasjoner: Uten å differensiere mellom ulike enkeltkomplikasjoner er svangerskapskomplikasjoner generelt en risikofaktor for PPD ut fra resultatene i studiene jeg har gjennomgått. Både en systematisk oversikt (13) og en meta-analyse (2) fant at forekomst av komplikasjoner i svangerskapet var en svak risikofaktor. En australsk studie (11) fant en ikke (statistisk) signifikant assosiasjon til PPD, men støtter likevel påstanden om at denne faktoren øker risikoen for depresjon postpartum. To studier fant ingen assosiasjon til PPD (17;18), men i den ene var det kun varigheten av svangerskapet som var undersøkt (18). Preeklampsi er en komplikasjon to av studiene fant gav en risikoøkning. Det bør gjøres videre forskning på denne enkeltfaktoren og andre spesifikke komplikasjoner.

- Røyking: Denne faktoren økte risikoen for PPD, men var kun undersøkt i en studie (12). Flere studier må vurderes for å kunne si noe om røyking som risikofaktor for depresjon postpartum.

- Tidligere spontanabort, tidligere provosert abort, infertilitetsproblematikk og bruk av hormonelle antikonsepsjonsmidler etter fødselen: Kun en studie hadde undersøkt disse faktorene, og den fant ingen assosiasjon til PPD (9). Det utelukker imidlertid ikke muligheten for at noen av disse faktorene er risikofaktorer, men flere studier trengs for å kunne si noe mer om dette.

5.4 Sosial (medmenneskelig) støtte

Samtlige sju studier som hadde undersøkt denne faktoren fant at den var en risikofaktor, og inkludert her er tre meta-analyser og en systematisk oversikt (2;13-15;17;18;21). Svangerskap og fødsel innebærer store både kroppslige og følelsesmessige endringer og påkjenninger, og en kvinnes evne til å takle disse utfordringene settes på prøve. Da er det viktig å ha noen rundt seg til å snakke med, få oppmuntring eller råd fra. Det synes ikke så unaturlig at kvinner med et lite sosialt nettverk eller dårlige sosiale relasjoner har økt risiko for depresjon etter fødselen. Studiene viste at særlig utsatte var de kvinnene som opplevde å få lite støtte fra partneren, som jo for de fleste er den man forventer og ønsker å kunne henvende seg til når man trenger støtte.

5.5 Samlivsproblemer

Alle tre meta-analysene (2;14;15), den systematiske oversikten (13) og to enkeltstudier (6;18) viste at å ikke være tilfreds med eller ha problemer i parforholdet var en klar risikofaktor for å utvikle depresjon etter fødselen. Berle og medarbeidere fant en sammenheng mellom å ha en alvorlig konflikt/krangel med partneren og PPD, men denne var ikke statistisk signifikant (7). Å ha relasjonsproblemer til partneren omfatter også noe av det samme som mangel på sosial støtte, nevnt i avsnittet over. I et parforhold som hanger eller der det er mye uenighet, er det kanskje heller ikke så mye støtte å få. Og det at et parforhold i seg selv ikke fungerer som det burde er heller ingen god forutsetning for å skulle gi gode omsorgsforhold for et lite barn. Det er ikke så unaturlig at en kvinne blir mer sårbar for en fødselsdepresjon på grunn av dette.

5.6 Livshendelser

Fem enkeltstudier og tre meta-analyser hadde undersøkt hvilken innvirkning ulike livshendelser hadde på utvikling av depresjon etter fødselen (2;6;11;14-16;18;21). Samtlige studier fant at livshendelser var en risikofaktor for PPD. Ut fra resultatene synes det som traumatiske livshendelser er en middels til sterk risikofaktor. En systematisk oversikt (13) støtter opp om denne påstanden. Ikke alle studiene oppgav hva slags livshendelser det dreide seg om eller om de hadde noen sammenheng med svangerskapet eller fødselen. Det vil være nyttig å vite noe om dette hvis man skal kunne forebygge PPD.

5.7 Somatisk sykdom

Signifikant somatisk sykdom hos kvinnen etter fødselen er en risikofaktor, i følge Berle og medarbeidere, mens somatisk sykdom i svangerskapet eller tidligere ikke er det (7). Kun denne ene studien undersøkte denne faktoren og flere studier må til for å kunne si noe sikkert om somatisk sykdom har innvirkning på risikoen for å utvikle depresjon etter fødselen. I tillegg var denne studien en tverrsnittstudie og fulgte ikke utvalget over tid, samt at det ikke var definert hva en signifikant somatisk sykdom var. I noen av studiene som undersøkte livshendelser var somatisk sykdom med, men det ble ikke opplyst om hvor stor innvirkning akkurat denne faktoren hadde på utvikling av PPD.

5.8 Obstetriske faktorer

- Forløsningsmetode: De fleste studiene hadde vurdert keisersnitt, men også instrumentell forløsning (vakuump- eller tangforløsning) og elektivt keisersnitt i forhold til hastekeisersnitt ble undersøkt i noen av studiene. Av seks enkeltstudier fant fire av dem ingen sammenheng med PPD (7;9;17;18), to fant at keisersnitt ga en ikke statistisk signifikant risikoøkning (11;12). Robertsons systematiske oversikt (13) konkluderte med at keisersnitt og instrumentell forløsning var svake risikofaktorer, og at hastekeisersnitt økte risikoen mer enn elektivt keisersnitt. Det må nevnes at også helt andre faktorer var med i denne vurderingen og derfor er ikke dette resultatet helt til å stole på. Alt i alt virker det ikke som om en spesiell type forløsningsmetode øker risikoen for depresjon etter fødselen, men flere studier som undersøker dette trengs.

- Smertestillende medikasjon under fødselen ble vurdert i to enkeltstudier. Den ene fant en assosiasjon mellom epidural anestesi og PPD, men den var ikke statistisk signifikant (11). Boyce og medarbeidere (18) fant ingen sammenheng mellom PPD og bruk av smertestillende medikasjon under fødselen. Resultatene tyder det på at denne faktoren har liten eller ingen innvirkning på utvikling av en depresjon etter fødselen. Det er imidlertid vanskelig å si dette sikkert uten flere studier.

- Kort varighet av sykehusoppholdet etter fødselen (<72 timer) ble funnet å være signifikant assosiert med PPD i en australsk studie (18). Ingen andre studier oppgav å ha undersøkt dette spesifikt. Mange mødre føler kanskje at de trenger mer oppfølging enn 3

dager på sykehuset for å føle seg trygge på å dra hjem. Det kan tenkes at dette særlig gjelder førstegangsfødende kvinner og kvinner som har opplevd komplikasjoner under fødselen eller med barnet i etterkant. Videre undersøkelser bør til for å kunne si noe om den faktoren som potensiell risikofaktor.

- **Fødselskomplikasjoner:** En meta-analyse (2) fant at fødselskomplikasjoner var en svak risikofaktor. Dette resultatet er ikke helt til å stole på, fordi svangerskapskomplikasjoner også var med i vurderingen. Det var i tillegg ikke spesifisert hva slags komplikasjoner det gjaldt. En annen studie fant ingen sammenheng mellom PPD og fødselskomplikasjoner (17). Det er for få studier som har undersøkt denne faktoren til at jeg kan komme med en sikker konklusjon, men resultatene tyder på at fødselskomplikasjoner ikke synes å være en risikofaktor for PPD. Flere studier trengs for å finne et sikkert svar på dette.

- **Uttalt blødning under fødselen:** I følge den systematiske oversikten (13) var denne faktoren en svak risikofaktor, men dette var den eneste studien som hadde vurdert denne enkeltfaktoren. Derfor er det nødvendig med flere og nyere studier for å bekrefte funnet.

- **Andre faktorer:** En del andre faktorer og forhold i forbindelse med fødselen enn de nevnt over ble undersøkt i fem av studiene (7;9;11;13;18). Følgende faktorer viste ingen sammenheng med PPD eller viste en ikke statistisk signifikant assosiasjon til depresjon postpartum; **grad av perineal skade, induksjon av fødselen, traumatisk fødselsopplevelse, type avdeling man kom til, varigheten av fødselen, antibiotikabehandling, hvem og hvor mange som var til stede under fødselen, gestasjonsalder og når på døgnet fødselen skjedde.** Det trengs flere studier som har undersøkt disse faktorene, for å kunne si noe mer om dem som mulige risikofaktorer.

Resultatene fra de åtte studiene som har undersøkt ulike obstetriske faktorer viser at obstetriske forhold samlet sett ikke er sikre risikofaktorer for PPD. Videre undersøkelser av flere enkeltfaktorer, som nevnt over, er nødvendig for sikkert å avklare deres potensielle innvirkning på depresjon postpartum. Det som går igjen er at for få studier har undersøkt samme forhold eller faktor.

5.9 Forhold knyttet til barnet

- **Atferd:** To studier har undersøkt faktorer eller forhold som har med barnets atferd å gjøre. Lav orienteringevne hos barnet ble funnet å øke risikoen for PPD hos moren i én studie (22). En meta-analyse fant at barnets temperament hadde sammenheng med utvikling av depresjon hos moren etter fødselen (15). Flere studier trengs for å verifisere om disse to forholdene er risikofaktorer for PPD. Det kan tenkes at de typene atferd nevnt over har stor innvirkning på morens følelse av tilknytning til barnet og hvordan hun føler hun mestrer omsorgsoppgaven. Barnets temperament er ikke spesifisert i meta-analysen, men det kan tenkes at det gjelder barn som skriker mye og er urolige og gjør det ekstra utfordrende å forsørge barnet.

- **Stress ved barneomsorgen:** To meta-analyser (14;15) fant at stress ved barneomsorgen var med på å øke risikoen for PPD. Hva slags stress det dreide seg om var ikke oppgitt. Nye studier, som spesifiserer hva denne faktoren inneholder, trengs for sikkert å kunne fastslå om den er en risikofaktor. Barnets atferd kan kanskje tenkes å spille en rolle for om barneomsorgen oppleves som ekstra utfordrende eller vanskelig.

- **Kolikk og refluks:** En studie (18) fant at mødre med barn som var plaget av kolikk og/eller refluks hadde økt risiko for PPD. Flere studier trengs for å undersøke dette nærmere. Også kolikk og refluks påvirker definitivt et barns atferd og kan gjøre det mer utfordrende å ta hånd om barnet.

Resultatene fra studiene som har undersøkt de tre forholdene nevnt over peker i retning av at ulike atferdstyper hos et barn har innvirkning på en mors psyke og potensielt kan øke risikoen for å utvikle PPD. Det finnes sikkert flere årsaker enn de nevnt over til utfordrende atferd hos et barn. Fremtidig forskning trengs for å finne ut mer om dette.

- **Kjønn:** Kun to studier hadde vurdert denne faktoren, en enkeltstudie og en systematisk oversikt. At barnet hadde motsatt kjønn av det som var ønsket på forhånd, viste seg å øke risikoen for PPD i en studie fra Australia (18). Den systematiske oversikten (13) fant ingen sammenheng mellom barnets kjønn og PPD i studier fra vestlige samfunn. Derimot viste det seg at barnets kjønn var signifikant assosiert med PPD i studier fra India og Kina, der ektemannen var misfornøyd med at barnet var en jente. Resultatet fra den systematiske oversikten kan tyde på at det foreligger en kulturell forskjell i hvilken innvirkning barnets kjønn har på utvikling av PPD. Status i forhold til det ene eller andre kjønn i østlige kulturer og ettbarnspolitikken kan tenkes å sette et press på den vordende mor overfor ektemannen, som ønsker eller kanskje forventer et guttebarn. Konsekvensene av å ikke oppfylle ønsket eller forventningen kan kanskje øke den nybakte morens sårbarhet for å utvikle en depresjon. Sett bort fra kultur og politikk kan det kanskje tenkes at en mor som har et svært sterkt ønske om å få et jente-/guttebarn og får det motsatte også har en økt risiko for PPD. Dette er problemstillinger det trengs ytterligere forskning på. Ut fra de få resultatene over kan ikke barnets kjønn sies sikkert å være eller ikke være en risikofaktor for depresjon etter fødselen. Flere studier trengs for å finne det ut.

- **Tidlig separasjon fra barnet etter fødselen** ble funnet å være en risikofaktor for PPD i en studie (16). Kun denne studien hadde undersøkt dette forholdet, og flere studier må til for å kunne si noe om dette er en risikofaktor for depresjon postpartum. Det var ikke utdypet nærmere hva som var årsakene til tidlig separasjon mellom mor og barn, ei heller varigheten av atskillelsen eller om det var komplikasjoner ved barnet som varte over lengre tid. Komplikasjoner ved fødselen eller barnet, som prematur fødsel eller lav Apgar-skår kan føre til at barnet tas bort fra moren rett etter fødselen for å gjenopplives, eller for at andre tiltak må settes i gang. Dette føles nok skremmende for mange kvinner. Noen ganger må barnet videre til nyfødt-avdeling for ytterligere overvåkning/behandling, og moren får ikke være sammen med barnet med en gang. Dette er enda en følelsemessig påkjenning. Til sammen kan det tenkes å kunne gjøre en nybakt mor mer sårbar for en depresjon.

- **Prematur fødsel, lav Apgar-skåre, malformasjoner og innleggelse på nyfødt-avdeling** var ikke assosiert med PPD i følge én studie (17).

- **Fødselsvekt** var ikke en risikofaktor for depresjon etter fødselen i følge resultatene i to studier (17;18).

For å avgjøre om fødselsvekt, prematur fødsel, lav Apgar-skåre, malformasjoner eller innleggelse på nyfødt-avdeling er risikofaktorer for PPD må resultater fra flere studier sammenfattes.

5.10 Tvillingmoren i innledningen

Den alvorlig deprimerte tvillingmoren jeg traff hadde i følge mine funn i hvert fall tre risikofaktorer for PPD og noen faktorer det trengs flere studier for å si noe mer om. Hun fortalte at hun følte seg nedstemt da hun gikk gravid, og det virket som hun hadde depressive symptomer hele svangerskapet. Depresjon/depressive symptomer i svangerskapet vurderes til å være en risikofaktor for PPD.

I følge henne var det beskjedent om at hun ventet tvillinger som brakte fram de negative tankene og tungsinnet. Mine resultater viser at flerlingfødsler har sammenheng med PPD, men fordi det var så få studier som hadde undersøkt dette kan det ikke sies å være en risikofaktor uten flere studier med samme funn.

Selv om graviditeten var både planlagt og ønsket, virket det som om hun i løpet av svangerskapet utviklet så sterke motforestillinger overfor tvillingene og det å skulle ta seg av dem, at graviditeten nesten virket uønsket. Ikke planlagt/uønsket er ut fra mine resultater en risikofaktor for depresjon etter fødselen.

Jeg fant at liten grad av sosial støtte var en risikofaktor for PPD. Det virket som hun fikk lite støtte og forståelse fra ektemannen og nærmeste familie under graviditeten da hun ikke greide å glede seg over tvillingsvangerskapet. Også etter fødselen fortalte hun at mannen var mye borte fordi han akkurat hadde begynt i ny jobb, og nærmeste slektninger bodde langt unna, så hun fikk antagelig ikke så mye praktisk hjelp til å ta vare på tvillingene.

Hun og mannen hadde en datter fra før. Multiparitet er ut fra mine funn en risikofaktor, men det trengs også ytterligere forskning på denne faktoren for å kunne si det sikkert.

Å ha omsorgen for tvillinger i tillegg til en 2-åring kan kanskje sies å gi mer stress en normalt ved barneomsorgen. I hvert fall når moren har mye av omsorgen alene, noe som virket å være tilfelle for denne kvinnen. Ut fra mine funn er stress ved barneomsorgen muligens en risikofaktor, men det etterlyses en spesifisering av hva faktoren innebærer, og nyere studier trengs for å få dette bekreftet.

Kvinnen fortalte at tvillingene ble født noe for tidlig, men det er usikkert om det var en prematur fødsel. Tvillingsvangerskap ender oftere med prematur fødsel og varer i gjennomsnitt 2 uker kortere enn svangerskap med ett foster (23). Kun én studie hadde undersøkt om prematur fødsel var en risikofaktor og fant ingen sammenheng med PPD.

Tvillingene fikk begge en luftveisinfeksjon og måtte bli lengre på sykehuset enn det som var vanlig. Ingen studier jeg har gjennomgått har undersøkt akkurat dette. Jeg fikk ingen informasjon om hvor alvorlig syke tvillingene var eller om de måtte være på en nyfødtavdeling eller lignende. En studie hadde undersøkt om innleggelse på nyfødtavdeling hadde noen sammenheng med PPD, noe det ikke hadde.

5.11 Aspekter og begrensninger ved studiene

Det er noen svakheter ved en del av studiene jeg har gjennomgått.

To av studiene er tverrsnittsstudier, én er retrospektiv og én er en kombinert retrospektiv studie og tverrsnittsstudie. Felles for dem er at de ikke har samlet informasjon om utvalget over et lengre tidsrom, men på ett tidspunkt etter fødselen. Det betyr at de ikke har fulgt forekomsten av ulike risikofaktorer til forskjellige tider eller selve utviklingen av en eventuell depresjon, og de har vært avhengig av kvinnes hukommelse for å få informasjon om forhold i svangerskapet. Dette er begrensninger de prospektive studiene stort sett ikke har. Ikke alle de prospektive studiene har startet oppfølgingen i svangerskapet, og oppfølgingstiden varierer innenfor tidsrommet 2. trimester til 12 måneder postpartum. Flest studier har rekruttert utvalget i 3. trimester og avsluttet oppfølgingen i løpet av de første 6 månedene etter fødselen. Et minus ved studiene som har startet oppfølgingen postpartum er at de ikke har fått gjort en ordentlig undersøkelse av forekomsten av depresjon/depressive symptomer i svangerskapet.

Flere ulike diagnoseverktøy for PPD er brukt i studiene. Alle enkeltstudiene har først og fremst brukt Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), som er laget spesielt for å oppdage depresjon hos kvinner som nylig har født. Terskelverdien for depresjon varierte imidlertid fra en poengsum på ≥ 9 til >13 . Det vil si at det kan være stor forskjell mellom studiene når det gjelder definering av hvem som er deprimerte og hvem som ikke er det, og ikke minst varierende forekomst av falske positive og falske negative. Dette igjen kan slå skjevt ut på forekomsten av risikofaktorer i utvalgene av deprimerte og ikke-deprimerte. Cox og medarbeidere, som har utviklet EPDS, fant at en terskelverdi på en poengsum $>12/13$ ga størst sannsynlighet for å identifisere kvinner med PPD (24). Omtrent halvparten av studiene har i tillegg brukt andre diagnostiske verktøy for å bekrefte en depresjonsdiagnose hos kvinner med en poengsum på EPDS over terskelverdi. Flest har brukt Research Diagnostic Criteria (RDC), andre har brukt DSM-III-R, Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) eller Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). Studiene det gjelder har nok færre falske positive i gruppene av kvinner med PPD. Ifølge Cox og medarbeidere

(24) er det også meningen at de kvinnene som har en poengsum på EPDS over terskelverdi skal vurderes videre, for å bekrefte eller avkrefte en depresjonsdiagnose. Det gjøres best med et strukturert diagnostisk intervju (for eksempel SCID eller MINI).

Utvalgene i enkeltstudiene er for det meste selekterte, kun rundt en femtedel har et uselektert utvalg. Mer eller mindre omfattende inklusjons- og eksklusjonskriterier er brukt. Det kan føre til at utvalget ikke er representativt for befolkningen generelt og at resultatene ikke kan overføres til praksis. De aller yngste og de eldste mødre er ofte ikke med, eller aldersspennet er ikke oppgitt. Gjennomsnittsalderen i utvalgene varierer fra 26,9 år til 30,8 år. For å kunne få en ordentlig vurdering av om høy eller lav alder hos mødre er en risikofaktor for PPD, bør alle nye mødre i en befolkning inkluderes. Forhold som fører til eksklusjon i flere studier er flerlingfødsler, alvorlig mental sykdom hos mor, unormalt foster/sykt barn og keisersnitt. Hvis inklusjons- eller eksklusjonskriteriene er for omfattende blir gjerne utvalgene små.

Et annet problem for de prospektive studiene er frafall av deltagere underveis. Bruk av innviklede spørreskjemaer som må returneres i posten, langvarige intervjuer, mange oppfølginger og lang oppfølgingstid fører ofte til frafall, og det gjelder en del av studiene. Dette bidrar til reduksjon av utvalgenes størrelse i tillegg til inklusjons- og eksklusjonskriterier, og resultatene i en del av studiene er derfor ikke helt til å stole på.

5.12 Metodebegrensninger

I forhold til det store antallet treff på litteratur om risikofaktorer og depresjon etter fødselen er 18 artikler kun en liten bit av all kunnskapen som finnes om temaet. Jeg var imidlertid nødt til å begrense litteraturmengden for å kunne holde meg innenfor oppgavens tilnærmede størrelse.

Det er med tre meta-analyser og en systematisk oversikt blant artiklene. De har sammenfattet resultater fra mange studier fra helt tilbake til 1968. Det veier litt opp for det lave antall artikler med i oppgaven. Ingen studier i meta-analysene eller den systematiske oversikten er publisert etter 2002, men flesteparten av enkeltstudiene er det.

Jeg brukte ikke spesifikke kriterier da jeg valgte ut artikler fra treffene i de to databasene. Det gjorde jeg heller ikke da jeg plukket ut studier fra dette utvalget igjen. Derfor er det stor variasjon mellom studiene når det gjelder kvalitet, gjennomførelse og hvilke risikofaktorer de har undersøkt. Til sammen er svært mange risikofaktorer undersøkt, men en del faktorer er vurdert i bare noen få studier og noen i bare én studie. Det har gjort det vanskelig å trekke en konklusjon rundt disse faktorene.

Å finne risikofaktorer for PPD var ikke hovedmålet i alle enkeltstudiene, men et av flere delmål. Resultatene fra disse studiene er kanskje ikke så pålitelige, fordi det kan være flere svakheter i gjennomføringen av studiene med flere målsetninger i forhold til studier som kun har undersøkt risikofaktorer for PPD. Ideelt sett burde jeg ha inkludert studier som kun undersøkte risikofaktorer.

Ingen studier om hormonelle forholds betydning for utvikling av PPD er inkludert, fordi jeg ønsket å konsentrere meg om psykososiale risikofaktorer.

Jeg har ikke gjort noen statistiske beregninger i oppgaven. Vurderingen av hvilke faktorer som er risikofaktorer er i stor grad basert på antall studier som har positive funn om en bestemt faktor i forhold til de med negative funn, og så er funnene fra meta-analysene og den systematiske oversikten tatt med i vurderingen. Dette er selvfølgelig en skjønsmessig måte å gjøre det på.

6.0 Konklusjon

- Risikofaktorer: Følgende faktorer er risikofaktorer for depresjon postpartum; tidligere depresjon, depresjon i svangerskapet, tidligere psykopatologi, psykiatrisk sykdom i familien, personlighetstrekk, angst i svangerskapet, ”postpartum blues”, lav sosioøkonomisk status, dårlig økonomi, ikke planlagt/uønsket graviditet, svangerskapskomplikasjoner, liten grad av sosial støtte, samlivsproblemer og livshendelser.

- Mulige risikofaktorer: Multiparitet, lavt utdanningsnivå, lavstatusyrke, etnisitet, røyking, somatisk sykdom, kort varighet av sykehusoppholdet etter fødselen, uttalt blødning under fødselen, barnets atferd, stress ved barneomsorgen, kolikk og refluks, barnets kjønn og tidlig separasjon fra barnet etter fødselen er alle mulige risikofaktorer. Det er imidlertid nødvendig med flere studier for å bekrefte om faktorene er risikofaktorer for PPD.

- Faktorer som antagelig ikke er risikofaktorer: Det gjelder følgende faktorer; alder, amming/ikke amming, flerlingfødsler, tidligere spontanabort, tidligere provosert abort, infertilitetsproblematikk, bruk av hormonelle antikonsepsjonsmidler etter fødselen, forløsningsmetode, smertestillende medikasjon under fødselen, fødselskomplikasjoner og en del andre obstetriske faktorer.

- Faktorer som ikke er risikofaktorer: Sivil status, fødselsvekt og en del andre forhold knyttet til barnet som prematur fødsel, lav Apgar-skår, malformasjoner og innleggelse på nyfødt-avdeling er sannsynligvis ikke risikofaktorer for PPD.

Psykososiale risikofaktorer er de viktigste faktorene i forhold til depresjon etter fødselen i tillegg til svangerskapskomplikasjoner. Alle disse faktorene er det mulig å avdekke ved rutinemessige svangerskapskontroller. Alt helsepersonell som har med oppfølging av gravide kvinner å gjøre bør vite om disse faktorene og også kunne informere kvinnene om dem slik at depresjon etter fødselen kan forebygges i størst mulig grad.

7.0 Litteraturliste

- (1) Opjordsmoen S. Psykiske forstyrrelser etter fødsel. Jordmorbladet 1998;(3):5-9.
- (2) O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression-a meta-analysis. International Review of Psychiatry 1996;8(1):37-54.
- (3) ICD-10: psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Oslo: Universitetsforl.; 1999.
- (4) Diagnostiske kriterier fra DSM-IV. Oslo: Pilgrim Press; 1997.
- (5) Beck CT. Postpartum depression: it isn't just the blues. Am J Nurs 2006 May;106(5):40-50.
- (6) Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and non-postpartum women: Prevalence and risk factors. Acta Psychiatr Scand 2002;106(6):426-33.
- (7) Berle JO, Aarre TF, Mykletun A, Dahl AA, Holsten F. Screening for postnatal depression: Validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal

Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *J Affect Disord* 2003;76(1-3):151-6.

- (8) Verkerk GJM, Denollet J, Van Heck GL, Van Son MJM, Pop VJM. Personality Factors as Determinants of Depression in Postpartum Women: A Prospective 1-Year Follow-up Study. *Psychosom Med* 2005;67(4):632-7.
- (9) Henshaw C, Foreman D, Cox J. Postnatal blues: A risk factor for postnatal depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2004;25(3-4):267-72.
- (10) Verkerk GJM, Pop VJM, Van Son MJM, Van Heck GL. Prediction of depression in the postpartum period: A longitudinal follow-up study in high-risk and low-risk women. *J Affect Disord* 2003;77(2):159-66.
- (11) Johnstone SJ, Boyce PM, Hickey AR, Morris-Yates AD, Harris MG. Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Aust N Z J Psychiatry* 2001;35(1):69-74.
- (12) McCoy SJ, Beal JM, Shipman SB, Payton ME, Watson GH. Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. *J Am Osteopath Assoc* 2006 Apr;106(4):193-8.
- (13) Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26(4):289-95.
- (14) Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res* 1996 Sep;45(5):297-303.
- (15) Beck CT. Predictors of postpartum depression: An update. *Nurs Res* 2001;50(5):275-85.
- (16) Righetti-Veltima M, Conne-Perreard E, Bousquet A, Manzano J. Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affect Disord* 1998;49(3):167-80.
- (17) Nielsen FD, Videbech P, Hedegaard M, Dalby SJ, Secher NJ. Postpartum depression: identification of women at risk. *BJOG* 2000 Oct;107(10):1210-7.
- (18) Boyce P, Hickey A. Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40(8):605-12.
- (19) Sutter-Dallay AL, Giaconne-Marcasche V, Glatigny-Dallay E, Verdoux H. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: A prospective survey of the MATQUID cohort. *European Psychiatry* 2004;19(8):459-63.
- (20) Adewuya AO. Early Postpartum Mood as a Risk Factor for Postnatal Depression in Nigerian Women. *Am J Psychiatry* 2006;163(8):1435-7.
- (21) Bagedahl-Strindlund M, Monsen BK. Postnatal depression: a hidden illness. *Acta Psychiatr Scand* 1998 Oct;98(4):272-5.

- (22) Sutter-Dallay AL, Murray L, Glatigny-Dallay E, Verdoux H. Newborn Behavior and Risk of Postnatal Depression in the Mother. *Infancy* 2003;4(4):589-602.
- (23) Bergsjø P, Maltau JM, Molne K, Nesheim B. *Obstetrikk og gynekologi*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2004.
- (24) Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987 Jun;150:782-6.